

De la Gastrostomie pré-pylorique dans le traitement des Ulcères de la partie supérieure de l'estomac

(Ulcères de la petite courbure, ulcères cardiaques et juxta-cardiaques)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 28 Avril 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles MUGNIÉRY

Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne

né à LYON (Rhône) le 22 Juillet 1898



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925 —

**De la Gastrostomie pré-pylorique
dans le traitement des ulcères de la partie supérieure de l'estomac**

Ulcères de la petite courbure

Ulcères cardiaques et juxta-cardiaques

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 86

De la Gastrostomie pré-pylorique

dans le traitement des

Ulcères de la partie supérieure de l'estomac

(Ulcères de la petite courbure, ulcères cardiaques et juxta-cardiaques)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Avril 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles MUGNIÉRY

Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne

né à LYON (Rhône) le 22 Juillet 1898



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	X.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	MOURIQUAND.
Chirurgie opératoire.....	PAVIOT.
Médecine légale	ARLOING (F.).
Hygiène	PATEL
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, président ; VILLARD, assesseur ;
SANTY et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA MARRAINE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MA BELLE-SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

Professeur de Clinique Chirurgicale

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette Thèse.

Nous le remercions de sa bienveillance à notre égard et nous l'assurons de notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MULLER

Chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, et nous a donné les matériaux de notre travail. Nous le remercions de ses conseils et de l'accueil bienveillant que nous avons toujours reçu dans son service.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

Qui a bien voulu nous communiquer ses observations et nous aider de ses conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

Qui nous a permis de puiser parmi ses observations.

A MES MAÎTRES

Dans les Hôpitaux de Lyon :

MM. LES DOCTEURS DURAND, PATEL, BONNAMOUR,
CHALIER, BARJON

Dans les Hôpitaux de Saint-Etienne :

MM. LES DOCTEURS LAURENT, MULLER, BEUTTER,
PERRENOT, MOREAU, DUJOL



Digitized by the Internet Archive
in 2026

De la Gastrostomie pré-pylorique
dans le traitement des ulcères de la partie supérieure de l'estomac
(Ulcères de la petite courbure, ulcères cardiaques et juxta-cardiaques)

Introduction

En présence d'un ulcère de la partie supérieure de l'estomac, ulcère de la petite courbure, ulcère cardiaque ou juxta-cardiaque, le chirurgien est très embarrassé. L'attaque directe de l'ulcère par destruction ou exérèse est le plus souvent impossible, surtout dans les vieux ulcères calleux et adhérents, et comporte de gros risques de mortalité.

La gastro-entéro-anastomose ne donnerait que des résultats problématiques, car elle ne supprime pas le passage des aliments sur l'ulcus, et ne met pas la région malade au repos. La gastro-entérostomie est faite souvent en désespoir de cause, pour ne pas battre complètement en retraite, mais ni théoriquement, ni pratiquement, elle ne donne satisfaction, car les aliments qu'absorbe le malade, continuent à passer sur l'ulcère, et les conditions de meilleure cicatrisation de celui-ci ne sont pas obtenues par la gastro-entérostomie.

Etant donné les grosses difficultés, ou même l'impossibilité de l'attaque chirurgicale directe de l'ulcus, étant donné les résultats des plus aléatoires de la

gastro, que peut-on faire pour mettre l'ulcère dans les meilleures conditions de cicatrisation et de guérison et fournir au malade une alimentation réparatrice suffisante ?

Deux interventions chirurgicales restent possibles, la jéjunostomie et la gastrostomie prépylorique.

La jéjunostomie a été préconisée surtout dans les cas d'hémorragies gastriques graves ou à répétition, pour mettre l'estomac au repos alimentaire complet, tout en nourrissant le malade d'une manière plus efficace que par la voie rectale par trop illusoire.

La jéjunostomie est en quelque sorte une opération d'urgence, visant une complication de l'ulcère, l'hémorragie, quel que soit d'ailleurs le siège de la lésion.

En dehors de ce cas, la jéjunostomie ne donne pas de résultats parfaits. Il est assez difficile, avec elle, d'obtenir une continence parfaite; de plus, à la suite de cette intervention, la portion de l'intestin située en amont se vide mal, pouvant amener la mort par occlusion intestinale.

A-t-on réussi enfin à passer à travers ces difficultés, l'anse située au-dessus s'est souvent sténosée pendant le temps où elle est restée inutilisée, rendant ainsi extrêmement difficile la reprise de l'alimentation. Signalons aussi, quoique moins fréquentes, les fistules de l'intestin grêle consécutives à cette intervention.

Aussi, nous n'insisterons pas davantage sur elles, et passerons immédiatement à l'étude de la gastrotomie prépylorique pour montrer les résultats que l'on peut en attendre.

Historique

L'emploi de la gastrostomie prépylorique comme moyen de traitement de l'ulcère gastrique, semble de date relativement récente, et si quelques chirurgiens s'en sont servis avant ces dernières années, ce fut d'une manière tout à fait fortuite, et ils n'y attachèrent pas l'importance qu'elle mérite.

Au Congrès de Chirurgie de 1920, lorsqu'il fut question des ulcères de la petite courbure, son nom ne fut même pas prononcé, et elle n'est pas signalée comme ressource thérapeutique. Ni les rapporteurs, ni les chirurgiens qui ont fait une communication à leur suite, n'ont parlé de la gastrostomie. C'est dire que jusque-là on ne l'a pas employée d'une manière habituelle dans le traitement de l'ulcère gastrique; et il semble que les premières gastrostomies faites dans ce but l'ont été par des chirurgiens lyonnais MM. Delore, Santy, Muller.

Dès 1916 et 1917, M. Delore fit dans son service trois gastrostomies à des malades, dont nous rapportons les observations, chez qui toute autre interven-

tion paraissait inutile ou dangereuse. Le dernier cas a, du reste, déjà été signalé dans la thèse de Guérin en 1920.

Le 23 juin 1921, M. Santy présente un cas de gastrostomie faite en 1920 chez une malade où l'étendue des lésions et les adhérences que l'on trouva s'opposèrent à tout autre acte chirurgical.

Enfin, en 1921, M. le Docteur Muller commença à appliquer ce traitement, et nous avons relevé sept observations de gastrostomies prépyloriques faites dans son service depuis cette époque.

C'est un total de treize observations que nous présentons dans ce travail, et c'est en nous basant sur les résultats obtenus que nous en tirerons les conclusions qu'elles comportent.

Indications de la gastrostomie

Nous avons déjà montré au début, mais d'une manière générale, les indications de la gastrostomie pylorique, lorsqu'on se trouve en présence d'un ulcère de la petite courbure ou du cardia; mais parmi ces indications, les unes s'imposent d'une façon absolue, tandis que les autres sont encore discutables.

INDICATIONS FORMELLES.

Il est facile de les résumer en quelques mots. Chez certains malades, toute exérèse de l'ulcère est impossible, soit par suite de ses caractères anatomiques, soit à cause de l'état général, qui interdit toute opération longue, et par conséquent choquante et dangereuse.

Après la laparotomie sus-ombilicale que l'on a faite pour explorer l'estomac, on se trouve en présence de réactions de voisinage, d'adhérences aux autres organes telles que toute exérèse est matériellement impossible.

Tel est le cas du malade de l'observation V dont la moitié supérieure de la petite courbure et la région cardiaque adhéraient intimement au foie. Il y avait là une zone gastrique indurée, à cheval sur les deux faces de l'estomac, de la longueur approximative d'une paume de main. Tout abaissement et extériorisation de la partie malade étaient impossibles, et l'on ne pouvait songer à une exérèse, ni à une action chirurgicale directe sur l'ulcère. D'autre part, une gastro-entérostomie n'avait guère de raison d'être. On se décida donc à faire une gastrostomie prépylorique.

De même, dans l'observation XII, on trouva un ulcus situé immédiatement au-dessous du cardia, des dimensions d'une pièce de cinq francs, très adhérent en arrière. Il ne fallait donc pas penser à l'exérèse, et l'on se borna à une gastrostomie prépylorique à la Fontan.

Au cours de l'intervention sur le malade de l'observation XI, on avait sous la main une tumeur grosse comme une petite mandarine, siégeant près du cardia, en quelque sorte à la naissance de la petite courbure, et donnant à l'estomac une ébauche de biloculation.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces faits, car dans presque toutes les observations, on fait remarquer dans le compte-rendu opératoire que, vu la hauteur de l'ulcère et les adhérences, il est impossible de faire autre chose qu'une gastrostomie.

Dans quelques-uns de ces cas, le diagnostic du siège de l'ulcère avait pu être posé avant l'intervention; mais souvent, c'est seulement au cours de celle-ci, que

L'on constate des conditions topographiques et anatomopathologiques qui interdisent toute exérèse.

C'est alors qu'au lieu de refermer la paroi ou de faire en désespoir de cause une gastro-entérostomie, on se décide pour une gastrostomie.

Outre ces indications tirées de l'état anatomique, l'état général impose quelquefois de se borner à une gastrostomie, car ce n'est pas sans arrière-pensée que l'on imposerait une opération longue et choquante à un malade profondément anémié par les hémorragies abondantes et répétées qu'il a eues peu auparavant et réduit à un véritable état cachectique par les difficultés qu'il a à s'alimenter.

Dans ces derniers cas, si l'on veut arracher le malade à la mort, il est évident, lorsque le traitement médical a été impuissant, qu'un acte chirurgical s'impose; mais un seul est et reste permis, c'est la gastrostomie, qui, rapide et facile à faire sous anesthésie locale, met le malade dans les meilleures conditions possibles pour reprendre son alimentation et remonter son état général.

INDICATIONS RELATIVES.

A côté de ces cas, où, semble-t-il, toute discussion est inutile, il s'en présente certains autres où il faut peser les avantages et les inconvénients de chaque méthode avant de prendre une décision.

Nous passerons rapidement sur l'œsophago-gastro-anastomose proposée par le Professeur Gosset, mais qui n'a pas encore été faite sur le vivant, de même

que l'exérèse au thermocautère par le procédé de Balfour, qui est, elle aussi, d'une application souvent difficile, pour insister davantage sur la gastrectomie.

Celle-ci est certainement le procédé de choix lorsqu'elle est possible et pas trop dangereuse; mais c'est malheureusement le cas qui se présente le plus souvent, et Guérin qui, dans sa thèse, en est le partisan convaincu, est obligé de reconnaître que sur les douze observations qu'il publie, la gastrectomie n'a pu être faite que quatre fois.

En effet, le siège élevé de l'ulcère et les nombreuses adhérences qui en empêchent l'extériorisation enlèvent à la gastrectomie le caractère de sécurité qu'elle a normalement, pour en faire une intervention presque acrobatique, qui est fatalement économique du côté de la lésion, et qui, de ce fait, expose à des accidents graves.

En observant les suites opératoires de ces malades, on peut voir survenir dans les premiers jours la désunion partielle de la suture gastrique, cause d'une péritonite, ou tout au moins d'un abcès sous-phrénique, dont la présence nécessite une nouvelle intervention. Celle-ci, pratiquée sur un malade très affaibli, risque fort de lui être fatale.

Plus tardivement, et alors que la guérison paraît complète, peut survenir une sténose à type œsophagien, avec régurgitations suivant de près l'ingestion alimentaire. En effet, la réparation de la brèche faite à la paroi stomacale, pour réséquer complètement l'ulcère, a, par sa cicatrisation, modifié profondément la forme de la région juxta-cardiaque, et cette cica-

trice, située dans une région assez étroite de l'estomac, amène rapidement une sténose qui, à elle seule, semble contre-indiquer cette intervention dans les ulcères de cette région.

Enfin, et explicables elles aussi, par la difficulté de la gastrectomie dans ces cas, les récidives des ulcères ainsi enlevés sont fréquentes à sa suite. De par leur siège même, leur ablation en est difficile, et on se trouve fatalement dans la nécessité de la faire aussi économiquement que possible, s'exposant ainsi à ce qu'elle porte sur des tissus douteux; on risque ainsi une récurrence stupide, qui rend illusoire cette intervention destinée pourtant à assurer une guérison complète. Cette résection ainsi faite, à cause de la fausse sécurité qu'elle donne, expose facilement à la perforation.

Aussi, en présence des mauvais résultats de cette intervention radicale, se pose la question de la gastrostomie prépylorique. Est-elle légitime, étant donné l'état général du malade ? Atteint-elle le but que l'on poursuit ?

Légitimité de la gastrostomie pré-pylorique

La gastrostomie est une opération simple, courte, facile, pas plus dangereuse pour le malade qu'une laparotomie exploratrice, et qui, faite sous anesthésie locale, lorsque l'état du sujet inspire des inquiétudes, ne présente pour lui que des risques presque insignifiants.

Deux des malades, dont nous citons les observations plus loin, sont morts des suites de cette intervention, mais chez ces deux malades, on avait fait une anesthésie générale à l'éther, et tous les deux furent emmenés par des lésions pulmonaires, plusieurs jours après l'opération, après avoir échappé au choc opératoire, et à la réaction péritonéale toujours possible, malgré les plus grandes précautions.

Outre sa simplicité et le peu de risques qu'elle fait courir au malade, lorsqu'on la fait en observant ces règles, la gastrostomie prépylorique est une opération vraiment efficace. Dès les premiers jours qui suivent

l'intervention, les crises douloureuses dont les malades se plaignaient auparavant, disparaissent, leur permettant ainsi de se reposer et de profiter autant que possible de l'alimentation dont ils ont le plus grand besoin, et qu'il est à ce moment possible de leur donner grâce à la sonde gastrique.

Tels sont les résultats immédiats que l'on observe, mais plus tardivement, au moment de la reprise de l'alimentation par la voie buccale; on ne voit pas, dans la majorité des cas, reparaitre les troubles dont se plaignaient les malades, et il semble, d'après les observations, que l'on peut compter sur la gastrostomie prépylorique pour obtenir la guérison ou tout au moins l'amélioration prolongée de l'ulcère.

Nous reviendrons plus loin, à la fin de ce travail, sur les résultats obtenus à la fois au point de vue clinique et au point de vue anatomique, en faisant pourtant observer que la seule contre-indication de la gastrostomie prépylorique peut venir de la présence d'ulcères multiples de l'estomac, ulcères du pylore associés à ceux de la petite courbure et du cardia, car, dans ces cas, les résultats seraient beaucoup plus aléatoires.

Technique

de la gastrostomie pré-pylorique

Peut-être nous objectera-t-on les difficultés que l'on pourra avoir à pratiquer sur un estomac atteint d'ulcus, qui ont entraîné des réactions de voisinage importantes et la formation d'adhérences considérables, l'ouverture nécessaire au passage de la sonde, et à trouver pour cela une portion gastrique saine. Le cas s'est peut-être présenté, mais il est certainement très rare. Les données anatomo-pathologiques que nous possédons sur la localisation des ulcères de l'estomac nous montrent en effet que l'ulcus de la petite courbure ou du cardia n'entraîne guère d'adhérences qu'avec les organes voisins, le foie en particulier, et qu'il est exceptionnel de trouver une adhérence totale de la face antérieure de l'estomac avec la paroi abdominale. Aussi peut-on poser comme règle qu'il sera toujours possible de trouver à ce niveau une portion saine où l'on pourra faire sans inconvénients la bouche de gastrostomie.

A ce propos, nous ferons remarquer que la pylorostomie faite en 1906 par MM. Delore et Leriche pour une brûlure étendue de l'estomac, et qui, au premier abord, paraît supérieure à la gastrostomie prépylorique, à cause de la facilité qu'elle donne pour introduire une sonde dans le duodénum, a en réalité un gros inconvénient. Elle porte, en effet, sur une portion beaucoup moins étoffée de l'estomac, et risque d'entraîner à sa suite, au moment de son oblitération, une sténose pylorique, susceptible de rendre difficile la reprise de l'alimentation par les voies digestives normales.

Cependant, pour obtenir de bons résultats de la gastrostomie prépylorique, il sera bon d'observer certaines règles. L'anesthésie locale est beaucoup mieux supportée, et rendra inoffensive cette intervention faite sur un malade le plus souvent dans un état précaire.

On emploiera de préférence la technique de Fontan, qui assurera à la bouche stomacale une continence parfaite. C'est du reste cette technique qui a été employée dans toutes les observations que nous citons; mais il semble que la technique de Witzel est susceptible, elle aussi, de donner de bons résultats, à la fois au point de vue continence et tolérance de la sonde.

Signalons enfin le gros avantage d'une laparotomie médiane sur la petite incision parallèle au rebord costal. Cette petite incision juxta-xiphoïdienne a pour elle d'être transmusculaire et de se rapprocher autant que possible de la grosse tubérosité et du cardia.

Mais elle a contre elle de ne permettre qu'une exploration insuffisante de l'estomac, d'être incommode lorsque l'estomac est petit, revenu sur lui-même, et d'aboutir à une manœuvre à bout de pinces pour attirer dans la boutonnière pariétale le cône gastrique nécessaire; de plus, elle a le gros inconvénient d'être au voisinage immédiat de l'ulcère pour lequel on intervient. Enfin ce cône est attiré et fixé arbitrairement à une paroi rigide, dont le péritoine, adhérent à la gaine du droit, ne peut suivre le mouvement du viscère qu'on lui accole par quelques points.

La petite laparotomie médiane, aussi facile que possible à réaliser sous anesthésie locale, présente de gros avantages. Elle permet une exploration complète de la petite courbure et du cardia; dans tous les cas elle permet d'aborder l'estomac sans aucune traction; à son niveau, le péritoine est flaccide, s'accole presque spontanément à l'estomac qu'on suture à lui; et enfin, grâce à la vue directe que l'on a de cet organe, permet, presque toujours, de trouver un point de paroi gastrique intacte capable d'admettre la sonde, même lorsque les adhérences inflammatoires sont étendues.

Il sera très facile au cours de cette intervention de glisser la sonde dans le duodénum, en se servant de préférence d'une pince courbe qui, épousant la forme de l'autre, permettra aisément de franchir le pylore. Il y a intérêt à ce moment à la pousser assez loin, de façon à ce qu'elle atteigne la troisième portion du duodénum. On aura en effet beaucoup plus de chances d'éviter le reflux des aliments par le pylore et

l'orifice de gastrostomie si on les porte loin dans le tube duodénal. La radiographie de la malade de l'observation X faite après l'intervention, montrait l'extrémité de la sonde dans la troisième portion du duodénum, au delà de l'abouchement des voies biliaires et pancréatiques. Il sera bon aussi de fixer la sonde à la paroi et de recommander aux personnes chargées des pansements, d'éviter tout déplacement de celle-ci, car il serait assez difficile de la réintroduire dans le duodénum.

TOLÉRANCE DE LA SONDE.

Ainsi placée, la sonde duodénale est remarquablement supportée. On n'observe jamais dans les gastrostomies ainsi faites, avec passage de la sonde dans le duodénum, le reflux des aliments et du suc gastrique, que l'on voit si souvent survenir dans les gastrostomies ordinaires.

Il y a plusieurs raisons à ce fait. D'abord, le malade est à la diète gastrique, et ce n'est pas évidemment la légère sécrétion de la muqueuse qui se produit par voie réflexe au moment de l'alimentation par la sonde duodénale, qui pourra passer à travers l'orifice de gastrostomie.

Au point de vue alimentaire le mécanisme est aussi simple. Les aliments introduits directement dans le duodénum, jusque dans sa troisième portion, ne pourront refluer à travers le pylore qui, à l'état normal, n'en permet le passage que dans un sens.

C'est pour ces multiples raisons que l'on ne verra pas survenir le passage du suc gastrique à travers la

bouche adminale, ce gros inconvénient de la gastrostomie, susceptible d'entraîner une vraie digestion de l'orifice.

Nous signalerons maintenant un fait qui au premier abord paraît paradoxal. Chez deux de nos malades, l'alimentation par voie buccale, d'une façon partielle tout au moins, fut reprise rapidement un mois et demi après l'intervention. Il ne se produisit aucun reflux, ni des sécrétions gastriques, ni des aliments ainsi ingérés, par l'orifice de gastrostomie. La présence d'une sonde de volume assez considérable, puisqu'il s'agissait d'un n° 25 ne gêna pas le passage des aliments par le pylore, et ne causa jamais de vomissements. Deux radiographies faites sur la malade du Docteur Santy (Obs. X) à qui on avait fait ingérer une bouillie bismuthée, montra nettement en même temps que la sonde, le passage d'une portion de bouillie au niveau du pylore.

Donc tolérance parfaite de la sonde, absence de reflux par l'orifice de gastrostomie, et possibilité de reprendre l'alimentation buccale au moins de façon partielle, la sonde étant encore en place, telles sont les conclusions que nous pouvons tirer de ces faits.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE POUR L'ALIMENTATION DUODÉNALE

Quoique peu nombreuses et fort simples à observer, certaines précautions sont indispensables dans le mode d'alimentation du malade porteur d'une gastrostomie, pour en tirer le meilleur parti, et avoir les résultats qu'on est en droit d'en attendre.

Autant que possible, les liquides introduits par la sonde, seront à une température voisine de 37°. On évitera tout réflexe causé par le contact brusque avec la muqueuse intestinale d'un corps étranger à une température trop différente. Il faudra suivre chez ces malades les règles indiquées après une gastro-entérostomie. L'alimentation devra être très fractionnée, se faire par petits repas à intervalles réguliers. L'introduction d'une trop grande quantité de liquides dans la lumière duodénale aurait un double danger. D'abord reflux de ces liquides par la sonde sous l'influence du duodénum qui, revenant sur lui-même, évacuerait sous pression le trop plein de son contenu; ensuite et surtout les vertiges qui se produiraient inévitablement, s'accompagnant parfois d'une véritable syncope. Ces précautions sont faciles à suivre et permettront d'éviter ces accidents.

DURÉE DE LA GASTROSTOMIE

Il n'y a évidemment pas de règle précise, et si chez tel malade l'ulcère sera cicatrisé en deux mois, chez d'autres il faudra plus longtemps; mais il semble que trois mois soient à peu près le chiffre auquel il faille s'arrêter. C'est à peu près à cette période que l'on commencera à donner prudemment au malade quelques aliments par voie buccale, et ce n'est qu'en l'absence de tout symptôme témoignant de la non guérison de l'ulcus, que l'on supprimera l'alimentation duodénale. Il sera bon, à ce moment, de ne permettre que des aliments de digestion facile, précaution destinée en quelque sorte à tâter la susceptibilité de l'estomac.

Ces faits sont contrôlés par les résultats observés chez la plupart de nos malades, pour qui le délai de trois mois fut suffisant, alors que celui qui voulut s'alimenter par voie buccale un mois et demi après l'intervention, éprouva presque immédiatement de nouveaux symptômes douloureux, qui, pour être moins intenses qu'auparavant, n'en témoignaient pas moins de la cicatrisation incomplète de l'ulcère.

SUITES LOCALES DE LA GASTROSTOMIE

Nous avons déjà montré précédemment que la continence de la bouche artificielle était parfaite. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet, mais nous ferons remarquer à propos des suites opératoires éloignées la guérison de la fistule gastrique sans sténose consécutive, et la fermeture spontanée de cette même fistule dans un temps assez court.

Lorsque le malade a repris son mode d'alimentation normale, la paroi de l'estomac se ferme assez rapidement, et lorsque cette cicatrisation est complète, il ne reste aucune sténose consécutive. En effet, malgré la rétraction cicatricielle inévitable sur l'estomac, comme du reste sur tout autre tissu, le passage des aliments de l'estomac dans le duodénum n'est nullement gêné. La cicatrice porte sur une portion assez étoffée pour que la partie laissée libre soit plus que suffisante au transit alimentaire. Et c'est là la supériorité la moins contestable de la gastrostomie prépylorique sur la pylorostomie, qui, portant sur une partie de l'estomac de volume assez réduit, risque de laisser après elle une sténose pylorique.

Nous insisterons maintenant sur la cicatrisation spontanée de la fistule gastrique. Dans la majorité des cas observés, celle-ci ne nécessita pas une deuxième intervention pour sa fermeture. Parmi les malades que nous avons vu plusieurs mois après l'intervention, deux seulement portaient une petite fistule au niveau de la cicatrice. Chez les autres, cinq à six mois après la suppression de la sonde, ou même moins, l'orifice de gastrostomie était complètement fermé. Il semble que l'on puisse attribuer ce fait à plusieurs causes. D'une part, on laisse en place la sonde assez longtemps pour qu'elle puisse se former un trajet juste suffisant. De plus celui-ci est assez long, et permet au moment de la suppression de la bouche artificielle, d'obtenir un accolement rapide de ses parois.

Il faut rendre justice à la technique de Fontan qui, ne faisant à l'estomac qu'un orifice minime, en rend la cicatrisation beaucoup plus rapide.

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans indiquer un inconvénient toujours possible, si l'on ne met pas tous ses soins aux pansements, pour éviter l'arrachement de la sonde. Il serait assez difficile en effet de la replacer dans l'orifice pylorique, étant donné d'une part l'éloignement de la fistule gastrique, d'autre part la longueur et l'étroitesse du trajet de la sonde. Mais même dans les cas où cette éventualité se produirait, à condition pourtant que ce ne soit pas trop tôt après l'opération, il suffirait de replacer la sonde dans l'estomac, et de continuer l'alimentation comme auparavant. Celle-ci est en effet bien supportée, et n'entraîne pas la réapparition de phénomènes ulcéreux.

Résultats de gastrostomie

Les résultats obtenus par la gastrostomie prépylorique sont contrôlés à la fois par l'amélioration de l'état du malade au point de vue clinique, et par la vue directe des lésions, d'abord au cours de la gastrostomie, puis soit au cours d'une deuxième intervention, soit à l'autopsie, comme il fut possible de la faire chez la malade du Docteur Santy (Obs. X).

RÉSULTATS CLINIQUES

Au point de vue clinique, et en nous basant sur les faits observés, la gastrostomie permet de constater une reprise de poids rapide chez tous les malades; elle arrête complètement les hémorragies et supprime presque toujours les douleurs observées auparavant. Nous allons passer en revue ces différents points, en montrant pour chaque malade la rapidité avec laquelle on les a obtenus, et aussi parfois les succès observés au point de vue douleur.

Les hémorragies notées au cours de l'évolution de l'ulcère et dans les jours qui ont précédé l'interven-

tion ont été radicalement tarées, et, dans aucune des observations que nous relatons, nous n'avons vu de récédive. Le malade de l'observation IX avait eu sa première hématomèse en septembre 1924, la seconde au début du mois d'octobre, et depuis l'intervention qui fut faite le 14 novembre, on ne note aucune réapparition d'hématomèse ni même de mœléna. De même dans l'observation VIII, au terme même de l'examen fait dans le service de médecine où la malade fut d'abord soignée, le tableau clinique était dominé par les signes d'anémie due à l'hémorragie gastrique persistante, et l'état général était à ce point précaire qu'on pouvait craindre une issue fatale prochaine. Depuis la gastrostomie faite au mois d'octobre 1923, c'est-à-dire il y a plus de quinze mois, on note la disparition absolue de toute hémorragie.

Aussi démonstratifs sont les faits observés au point de vue douleur. Si chez deux de nos malades on retrouve quelques symptômes d'hyperchlorhydrie chez l'un, de douleurs légères chez le second — et ce malade a commencé à s'alimenter par voie buccale un mois et demi seulement après intervention — chez tous les autres, dès la gastrostomie faite, toute douleur a disparu, pour ne pas réapparaître au moment de la reprise de l'alimentation par la voie ordinaire.

Le malade dont l'histoire est racontée dans l'observation V souffrait depuis dix-huit mois de pesanteurs dans la région épigastrique avec des douleurs sourdes mal définies, sans irradiations, qui, peu à peu, devinrent plus violentes, paroxystiques, s'accompagnant d'une sensation de brûlure vive jusque dans le

dos et les deux hypocondres. Dès l'intervention faite, les douleurs ont cessé, et aucune crise n'a reparu depuis. Le malade que nous avons revu ces jours-ci, a actuellement et à des intervalles très irréguliers un peu de pyrosis après les repas; mais son état général est excellent, et il a repris un travail pénible, puisqu'il est mineur, depuis près de deux ans.

Le malade de l'observation X souffrait depuis le mois d'avril 1921. Il avait, outre ses digestions pénibles, de véritables crises paroxystiques qui s'amélioraient par le traitement médical, mais reparaissaient bientôt. Après plusieurs séjours à l'hôpital de Bellevue, dans un service de médecine générale et devant la persistance de ces douleurs, il se décide à se faire opérer, le 31 octobre 1924. Immédiatement après l'intervention, disparition complète de ces symptômes douloureux qui ne sont pas réapparus, alors que depuis le 1^{er} janvier il s'alimente exclusivement par voie buccale. Il est évidemment trop tôt pour parler de guérison définitive, mais le résultat de cinq mois est pleinement satisfaisant. De même celui de l'observation VIII qui, revu un an après son intervention, alors qu'il avait des douleurs violentes auparavant, a cessé complètement de souffrir; et pourtant ce malade, qui se nourrit au restaurant, ne peut suivre aucun régime.

Dans tous ces cas, les vomissements étaient radicalement supprimés, en même temps que les hémorragies étaient arrêtées et les douleurs disparaissaient.

Allant de pair avec la suppression de ces troubles, l'état général se remontait, témoin la reprise de poids

observée chez la plupart. L'un, depuis l'intervention, a repris de 19 kilos; il pesait 35 kilos auparavant et en pèse 54 actuellement. Un autre qui fut opéré le 31 octobre 1924 n'a commencé à se nourrir par voie buccale que le 1^{er} janvier; il avait repris 3 kilos le 24 du même mois. Celui de l'observation VIII a pris 5 kilos; la malade du Docteur Santy (Obs. IV) qui, au moment de l'intervention, était dans un état cachectique impressionnant, fut revue ces jours derniers. Elle a une vie très active, a notablement engraisé et ne ressemble en rien à cette malade à l'aspect néoplasique qui fut opérée en octobre 1920.

Nous ferons remarquer en passant que la plupart de ces malades, chez qui l'augmentation de poids fut surtout nette après la reprise de l'alimentation par la voie normale, avait déjà vu leur état général s'améliorer, et leur poids augmenter, même alors qu'ils se nourrissaient exclusivement par leur sonde, montrant ainsi que quoique anormal ce mode alimentaire était plus que suffisant.

RÉSULTATS ANATOMIQUES

Deux des observations que nous citons plus loin, et que nous devons au Docteur Santy, ont le gros avantage de nous rendre compte à la fois sur le vivant au cours d'une seconde intervention, et post-mortem, de l'état de l'estomac quelques mois après la gastrotomie

Dans l'observation IV, au cours de la première intervention, on avait trouvé un estomac tenant à tous les organes voisins, impossible à libérer, car

toute tentative pouvait entraîner l'ouverture de la cavité gastrique. Cinq mois plus tard, on découvrit l'estomac libéré de ses adhérences avec les organes voisins, occupé simplement à sa partie moyenne par une volumineuse cicatrice dure et nacrée, biloculant très fortement l'organe, et qui rendit nécessaire une gastro-entérostomie sur la poche supérieure.

Chez la malade de l'observation X, au cours de la première intervention, la face antérieure de l'estomac était presque entièrement soudée à la face profonde de la paroi abdominale, notamment au niveau du rebord costal. Il ne restait qu'une toute petite portion libre de l'organe correspondant à l'antrum du pylore. Celui-ci était lui-même dévié vers la gauche de la ligne médiane. Trois mois après, au cours d'une seconde intervention, l'estomac apparaît entièrement libéré. Il est fixé seulement par des adhérences très lâches de la petite courbure, reposant sur une cicatrice étoilée très vaste de celle-ci et de la face antérieure de l'estomac.

Chez cette même malade, qui mourut de broncho-pneumonie 12 jours après l'opération, on constata une biloculation assez nette, sans sténose médio-gastrique serrée, et la gastro-entérostomie fut faite au sommet de la poche inférieure.

Ces différentes observations démontrent donc la cicatrisation complète des lésions et la libération intégrale des adhérences péritonéales ; ces constatations correspondent aux résultats cliniques, et ne font que les confirmer.

Nous n'avons pas encore signalé, au cours de cette

discussion, le décès survenu chez un de nos malades vingt jours après l'intervention, décès dû à une péritonite consécutive à une double perforation gastrique. La gastrostomie faite peu auparavant en était-elle la cause ? L'ouverture de l'estomac démontre-t-elle l'impuissance de celle-ci à les empêcher ? Il est presque inutile, semble-t-il, de discuter la première question, car on ne voit pas logiquement quelle influence la gastrostomie pourrait avoir, tout au moins dans ce sens, sur des lésions ulcéreuses de l'estomac ; si elle peut avoir un effet, c'est seulement d'aider à leur cicatrisation, en mettant l'estomac au repos.

Plus délicate à résoudre est la seconde question, qui semble être un argument défavorable contre la gastrostomie prépylorique. Nous ferons remarquer tout d'abord que le début de la péritonite retrouvée à l'autopsie est inconnu, et pouvait remonter à plusieurs jours, puisqu'aucun signe clinique n'avait attiré l'attention de ce côté, et que, par conséquent, les perforations gastriques ont pu se produire peu de temps après l'intervention, alors qu'il ne lui était pas encore possible de donner des résultats.

De plus, cet incident montre que toutes les opérations palliatives peuvent être mises sur le même plan. Il y a plusieurs observations connues dans lesquelles la gastro-entérostomie pour ulcus gastrique a été suivie de la perforation de l'ulcère laissé en place ou d'une hémorragie mortelle à ce niveau. Il semble d'ailleurs presque constant d'observer ces complications dans des cas d'ulcères multiples de l'estomac, comme si ces formes correspondaient à un

processus térébrant plus actif et plus évolutif, qui expliquerait ainsi l'impuissance d'une opération palliative, quelle qu'elle soit, à arrêter les phénomènes de désintégration de la paroi gastrique.

La seule conclusion logique à en tirer est celle que nous avons du reste exposée au début de ce travail, à savoir que la gastrostomie prépylorique est destinée avant tout à traiter les ulcères qui ne sont pas correctement enlevables au cours de l'intervention.

La gastrostomie pré-pylorique est-elle une méthode radicale ?

La gastrostomie prépylorique est-elle une méthode de traitement se suffisant à elle-même, ou n'est-elle qu'un adjuvant au traitement radical ?

Quoique les malades suivis assez longtemps ne soient pas très nombreux, et le temps, après lequel ils ont été revus, un peu court pour permettre d'affirmer la guérison complète et définitive de leur ulcère, certaines observations sont pourtant assez typiques et ont un recul assez long pour permettre de se faire une opinion.

Les malades, dont les observations sont citées plus loin, et qui ont été revus plusieurs années après l'intervention, ayant repris leur vie normale, ne suivant plus aucun régime, semblent assez démonstratifs pour encourager dans cette voie et permettre de faire de la gastrostomie prépylorique une opération à conseiller dans les ulcères de la petite courbure et du cardia.

Du reste, même dans les cas où la cicatrisation complète n'est pas obtenue par cette méthode, elle donne des résultats extrêmement intéressants, en mettant le malade dans les meilleures conditions possibles pour supporter une deuxième intervention qui lui procurera une guérison définitive.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DELORE.)

M. G., 57 ans. Opéré le 26 août 1916. Gros ulcère juxta-cardiaque. Laparotomie sus-ombilicale. Estomac un peu rouge, vascularisé. Il s'agit d'un gros ulcère, plus large qu'une pièce de cinq francs, situé sur la petite courbure au voisinage du cardia, très dur, très adhérent aux organes voisins, en particulier au diaphragme et au foie. L'exérèse paraît absolument impossible. Pas de ganglions appréciables. Gastrostomie à la Fontan. Le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION II

(Docteur DELORE.)

R. H., 44 ans. Opéré le 8 février 1917. Troubles digestifs depuis deux ans. Hématémèses répétées, abondantes ; pas de stase ni de tumeur. Radioscopie négative. Laparotomie sus-ombilicale médiane. Il s'agit d'un ulcère de la petite courbure, très haut situé, adhérent en arrière, ne pouvant pas être enlevé. Gastrostomie à la Fontan. Le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION III

(Docteur DELORE.)

O. Pierre, entre dans le service du Docteur Delore, le 15 février 1916, pour des douleurs à la déglutition et un amaigrissement considérable. Depuis deux ans, le malade éprouve une sensation de gêne à la déglutition des aliments solides. De temps à autre, il présente des régurgitations glaireuses à type œsophagien, mais n'a jamais de vomissements vrais.

Interrogé très minutieusement, il prétend n'avoir jamais éprouvé d'autres symptômes ; il n'a jamais souffert de l'estomac.

Gros amaigrissement (10 kilos en deux ans).

L'examen clinique permet de sentir au niveau du creux épigastrique une masse indurée de la grosseur d'une mandarine.

L'examen radioscopique n'a pas été fait.

On pense à un néoplasme de la petite courbure et on décide d'intervenir.

INTERVENTION : le 6 mars 1916. Laparotomie sus-ombilicale. On trouve un énorme ulcère de la petite courbure, haut situé, près du cardia remontant jusqu'au diaphragme ; il est très fortement adhérent aux plans profonds et son exérèse est impossible. On se contente de faire une gastrostomie.

Quinze jours après l'intervention, le malade meurt d'une broncho-pneumonie.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance du Docteur SANTY.)

Malade de 73 ans, vue par le Docteur Santy, en octobre 1920, pour des troubles gastriques très accusés, caractérisés par des vomissements très rapprochés, ayant amené un état cachectique impressionnant.

La radioscopie montrait un estomac minuscule sous la coupole diaphragmatique, prolongé par un canal filiforme

aboutissant à une seconde poche gastrique pylorique, elle-même restreinte. Le diagnostic clinique fut celui de néoplasme très étendu de l'estomac, mais, néanmoins, le 8 octobre 1920, le Docteur Santy, dans le service du Professeur Bérard, intervient sous anesthésie locale, en raison de l'impossibilité absolue de réaliser une alimentation quelconque. Après laparotomie, on tomba sur un estomac tenant à tous les organes voisins, impossible à libérer sans arrière-pensée, puisque la moindre tentative de libération pouvait entraîner l'ouverture de la cavité gastrique. Malgré l'étendue de ces lésions, deux faits restaient favorables. Le péritoine et le foie étaient indemnes de lésions à aspect néoplasique. On termina donc par une gastrostomie pré-pylorique, en ayant soin d'introduire la sonde jusque dans le duodénum. Les suites furent rapidement très bonnes et, à la fin octobre, la malade quittait l'hôpital, s'alimentant par sa sonde, surveillée par son médecin traitant.

Cinq mois plus tard, la malade fut revue, transformée, engraisée, ayant retrouvé ses forces, n'ayant plus du tout l'aspect néoplasique, et qui plus est, s'alimentant par la bouche. Au milieu de mai, on lui a proposé de fermer sa gastrostomie et, le 15 mai, sous anesthésie générale, on lui a fait une laparotomie.

On trouva son estomac libéré de ses adhérences avec les organes voisins, occupé simplement à sa partie moyenne par une volumineuse cicatrice dure et nacrée, biloculant très fortement l'organe, et hésitant à faire l'opération idéale, c'est-à-dire la résection médio-gastrique qui aurait été la seule opération logique chez une malade jeune, on termina par une gastro-entérostomie sur la poche supérieure, après avoir fermé la fistule pré-pylorique.

Revue au mois de janvier 1925, cette malade est actuellement guérie. Malgré ses 78 ans, elle a une vie très active et ne ressemble en rien à la pauvre cachectique opérée en octobre 1920.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance du Docteur MULLER.)

E. C., mineur, 35 ans, adressé au Docteur Muller par M. Nordman, pour un ulcus gastrique. Le début remontait à dix-huit mois environ. Le patient, jusque-là bien portant, ayant fait la guerre dans l'infanterie coloniale, sans être malade, fut pris de pesanteurs dans la région épigastrique avec douleurs sourdes mal définies, sans irradiation. Peu à peu, les douleurs devinrent plus violentes, paroxystiques, avec sensation de brûlures vives et irradiations dans le dos et les deux hypochondres, de relation imprécise avec l'alimentation. Puis apparition de vomissements qui augmentèrent de fréquence, mais d'une façon irrégulière ; il y avait des périodes où le malade restait plusieurs jours sans vomir, d'autres fois, il vomissait trois ou quatre fois par jour, surtout dans les derniers temps, Il s'agissait surtout de vomissements glaireux et bilieux, ne contenant que rarement des aliments, et sans liaison précise avec l'alimentation. Le malade se plaignait aussi d'avoir fréquemment la bouche pleine d'eau acide qui lui agaçait les dents. Jamais d'hématémèses ni de mœlœna véritable.

Le Weber, pratiqué par M. Nordman, fut trouvé positif le 18 juillet 1922.

Objectivement, point douloureux à la palpation de l'épigastre, sans rien de perceptible. Etat général médiocre, avec amaigrissement d'une dizaine de kilos depuis un an.

Radioscopie sans données bien précises.

INTERVENTION le 28 juillet 1922. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Estomac de dimensions moyennes ; le pyllore et son vestibule sont indemnes, mais la moitié supérieure de la petite courbure et la région cardiaque adhèrent intimement au foie. Il y a là une zone gastrique indurée, à cheval sur les deux faces de l'estomac, de la largeur approximative d'une paume de main.

Il s'agit incontestablement d'un ulcère. Tout abaissement et extériorisation de la portion malade est impossible et l'on ne peut songer à une exérèse ni à une action chirurgicale directe sur l'ulcère. D'autre part, une gastro-entéro-

anastomose, qui n'aurait empêché en rien les aliments de passer sur l'ulcère, n'avait guère de raison d'être.

On se décida finalement pour une gastrostomie pré-pylorique, faite à deux travers de doigt du pylore, avec sonde enfoncée dans le duodénum de 12 à 15 centimètres environ, de façon à alimenter le malade pendant un certain temps, sans que rien ne passa par les voies naturelles, et que l'estomac resta complètement au repos.

Pendant trois mois, le malade s'est alimenté uniquement avec sa sonde gastroduodénale ; puis, tout en continuant l'alimentation par la sonde, on l'autorisa à prendre par la bouche des liquides (eau, bouillon, lait).

Au début de février 1923, on supprima la sonde, et l'alimentation se continue maintenant uniquement par la bouche.

Immédiatement après l'opération, les douleurs ont cessé et aucune crise n'a reparu ; le malade qui, depuis plusieurs mois, souffrait le martyr, obtint par l'intervention un apaisement immédiat et complet.

On revoit le malade en janvier 1925. Son alimentation est normale ; il ne suit aucun régime.

Depuis l'intervention, le malade a pris 19 kilos.

Jusqu'au début du mois de novembre dernier, il n'a eu aucune douleur ; mais, depuis cette époque, il a par moments, quoique d'une façon irrégulière, des renvois acides plusieurs heures après le repas. Depuis un an, il a repris son travail d'une façon régulière. Au niveau de la cicatrice, persistance d'une petite fistule.

OBSERVATION VI

(Docteur MULLER.)

F. J., entre dans le service du Docteur Muller pour douleurs gastriques.

On ne relève dans les antécédents aucune maladie antérieure.

L'affection actuelle a débuté il y a 10 mois par des douleurs survenant un quart d'heure après le repas de midi,

durant une demi-heure environ, se répétant après le repas du soir, et réapparaissant quelques fois dans la nuit. Pendant six mois environ, ces douleurs sont revenues irrégulièrement, et furent calmées par l'ingestion de bicarbonate de soude.

Depuis ces quatre derniers mois, elles surviennent tous les jours, avec une intensité telle qu'elles ont forcé le malade à suspendre son travail.

Maigrissement de 12 à 14 kilos ; ni vomissements, ni hémateses, pas de méléna.

Au moment de l'entrée dans le service, le malade a maigri, ressentant une douleur spontanée à droite de la ligne médiane, à mi-distance de l'ombilic et du point vésiculaire. Pas de douleur au niveau de la région gastrique. Douleur en broche à la partie inférieure de la région dorsale. Pas de clapotage.

Radiocopie : Estomac dévié à droite.

INTERVENTION le 16 juillet 1921. — Laparotomie sus-ombilicale médiane. Rien au pylore ni au duodénum. On trouve très haut, sur la petite courbure, vers le cardia et empiétant sur lui, une masse de la grosseur d'une mandarine, à cheval sur la petite courbure, avec extension prédominante en arrière.

On pose le diagnostic d'ulcère probable, mais avec de grosses réserves sur la possibilité d'un éoplasme.

La situation haute, l'impossibilité d'extérioriser, l'extension sur le cardia et en arrière rendent impossible toute tentative d'exérèse. Une gastro-entérostomie ne répondrait à rien. Pour mettre la lésion au repos, on fait une gastrotomie pré-pylorique avec sonde duodénale.

Le malade meurt le 4 août, avec des phénomènes pulmonaires.

OBSERVATION VII

J., cultivateur, entre dans le service du Docteur Muller le 15 juillet 1923, pour des douleurs gastriques ayant débuté trois ans auparavant .

Rien de particulier dans les antécédents du malade.

Depuis trois ans, le malade souffrait de l'estomac à intervalles irréguliers. Pendant un mois ou deux, il eut des douleurs assez vives qui l'obligèrent à suivre un régime alimentaire sévère (lait presque exclusivement). Ces douleurs survenaient régulièrement deux à trois heures après les repas. Après une accalmie de cinq à six mois, apparition de nouvelles crises douloureuses, qui s'accompagnèrent cette fois de deux hématemèses abondantes. Il eut à cette époque des vomissements de liquide acide, mais rarement des vomissements alimentaires. Pendant toute cette période, en dehors du régime lacté, il prenait régulièrement du bismuth.

C'est devant l'insuffisance de ce traitement qu'il se décida à entrer à l'hôpital au mois de juillet.

INTERVENTION le 21 juillet 1923. Laparotomie sus-ombilicale médiane. Ulcère de la partie supérieure de la petite courbure adhérent au foie, ce qui rend impossible toute tentative d'exérèse. Gastrostomie à la Fontan avec sonde intra-duodénale.

Immédiatement après l'intervention, disparition complète des douleurs. Le malade garde sa sonde pendant trois mois et demi.

Trois mois après l'intervention, on commence à lui donner du lait par voie buccale. Au bout de quinze jours, on enlève la sonde et on reprend progressivement un régime alimentaire normal, sans amener l'apparition de nouvelles douleurs .

Fermeture spontanée de la fistule gastrique huit jours après l'ablation de la sonde.

Depuis cette époque, le malade a engraisé de plusieurs kilos. Il a un peu de pyrosis, mais d'une façon irrégulière, et son état général est excellent.

OBSERVATION VIII
(Docteur MULLER.)

B..., 51 ans, entre dans le service du Docteur Muller le 4 mai 1923.

Jusqu'en juillet, le malade s'était bien porté. A cette époque, au cours de son travail, il eut brusquement une hématomèse abondante. Il se reposa quelques jours seulement. Mais, à partir de ce moment, il commença à avoir des douleurs gastriques et à maigrir.

En avril 1923, nouvelle hématomèse.

Au moment de son entrée dans le service, le malade présentait un état d'anémie extrême : teint très pâle, décoloration complète des muqueuses, œdème prononcé des membres inférieurs, asthénie profonde, diarrhée persistante avec matières noirâtres, où le Weber était positif.

On note à ce moment, au sommet droit, la présence de quelques râles sous-crépitaux, qui disparurent au bout de quelques semaines.

En somme, le tableau clinique était dominé par les signes d'anémie dus à l'hémorragie gastrique persistante, et l'état général était à ce point précaire qu'on pouvait craindre une issue fatale prochaine, et qu'aucune indication chirurgicale ne pouvait être posée.

Cependant, contre toute attente, un traitement médical sévère améliora le malade qui put reprendre son alimentation. Mais, à ce moment, apparurent des douleurs gastriques violentes, suivant l'ingestion alimentaire, ayant leur maximum sous les fausses côtes gauches.

INTERVENTION le 24 octobre 1923. On découvrit une lésion de la petite courbure s'étendant vers le cardia, ayant des adhérences avec le lobe gauche du foie. En raison de celles-ci, on se borna à faire une gastrostomie à la Fontan.

Le malade fut immédiatement spulagé de ses douleurs. Pendant trois mois, on l'alimenta exclusivement par la sonde duodénale. A ce moment, on enleva celle-ci et on commença à donner au malade, par la voie buccale, du lait et des potages. Après quinze jours, on put supprimer tout régime

sans amener l'apparition de nouvelles douleurs. Au début du mois d'août, le malade sort du service, la fistule gastrique étant fermée depuis un mois,

Au mois de septembre 1924, le malade vient donner de ses nouvelles. Depuis l'opération, il n'a plus ni douleur ni hématomèse, et pourtant vivant au restaurant, il ne peut suivre aucun régime. Il a repris de 5 kilos et pense recommencer son travail avant peu.

OBSERVATION IX (Docteur MULLER.)

S. F., 53 ans, mineur. Ce malade a fait plusieurs séjours dans le service du Docteur Descos, tantôt pour bronchite chronique, tantôt pour malaise vague sans localisation précise, tantôt enfin pour des douleurs gastriques. Antécédents éthyliques nets.

L'examen général a révélé des signes de bronchite, un foie un peu gros, une inégalité pupillaire et un tremblement marqué aux membres supérieurs.

En octobre 1920, le malade entre pour la première fois à l'hôpital pour des douleurs gastriques qui sont apparues en 1919. Le malade avait des nausées et quelques fois des vomissements, une demi-heure au moins après les repas. Ces vomissements étaient peu abondants, et calmaient les douleurs.

A ce moment, on note que l'estomac est dilaté et descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Pas d'ondes péristaltiques, pas de tension intermittente.

Le 24 septembre 1924, le malade entre chez le Docteur Descos, parce que, cinq jours auparavant, il a eu une hématomèse qui l'a laissé très abattu. Il est pâle, a des selles noires, dans lesquelles le Weber est positif.

Le 2 octobre, nouvelle hématomèse peu abondante. Radioscopie : Biloculation médio-gastrique persistante, avec image lacunaire partielle. L'estomac n'est pas abaissé. La douleur est surtout perçue au niveau de l'antrum pylorique.

Le début de l'évacuation est assez précoce. Cinq heures après, nouvel examen : un quart de la bouillie reste dans l'estomac.

Le 14 novembre 1924, le malade, qui a passé en chirurgie, est opéré (Docteur Isnardi). On trouve une masse sur la petite courbure, très haut, sur le cardia. Il est impossible à ce moment de dire s'il s'agit d'un néoplasme ou d'un ulcère. On fait une gastrotomie pré-pylorique avec sonde intraduodénale.

Le 8 janvier : Depuis deux jours, le malade prend un peu de liquide par la bouche ; il se plaint toujours de douleurs gastriques, mais ces douleurs sont passagères, beaucoup moins marquées qu'auparavant, et se sont calmées par l'ingestion alimentaire. Aurait engraisé depuis l'intervention.

OBSERVATION X (Docteur SANTY)

Femme de 63 ans, vue en septembre 1924, pour une histoire d'ulcère gastrique remontant à trois ans. Les phénomènes douloureux ont une telle intensité que cette malade, pourtant une campagnarde, est astreinte à une piqure de morphine par jour, depuis plus d'un an. Dès l'ingestion alimentaire, douleurs très intenses de l'hypocondre gauche à irradiations scapulaires gauches. Jamais de vomissements; quelques mœlena ces derniers temps.

Une radioscopie faite à Saint-Etienne montre une image de biloculation très nette, avec un gros intervalle entre les deux poches. La poche cardiaque est tout entière susjacent au rebord costal ; la poche pylorique est minuscule. La malade est très amaigrie, déshydratée, mais n'a pas l'aspect d'une néoplasique. La palpation sous-costale gauche révèle une induration douloureuse mal limitée, qui répond à la face antérieure de l'estomac.

INTERVENTION. — Anesthésie locale. Laparotomie médiane sus-ombilicale. La face antérieure de l'estomac est presque entièrement soudée à la face profonde de la paroi abdomi-

nale, notamment au niveau du rebord costal. Il ne reste qu'une toute petite portion libre de l'organe, qui correspond à l'antra pré-pylorique. Le pylore est même dévié vers la gauche de la ligne médiane. Gastrotomie pré-pylorique, avec introduction de la sonde dans le duodénum.

30 septembre : On note que les suites ont été très simples. On a commencé l'alimentation par le tube dès le lendemain de l'intervention ; et, en outre, comme la malade souffre de la privation de morphine, on lui fait chaque jour une injection d'atropine d'un demi-milligramme. La malade part chez elle au bout d'un mois, sachant s'alimenter elle-même avec la sonde.

20 décembre 1924 : La malade est entrée de nouveau dans le service du Docteur Tavernier. Elle s'est uniquement alimentée par sa sonde, ne souffre plus du tout et a engraisé de quatre kilos.

Avec l'aide du Docteur Tavernier, sous anesthésie générale à l'éther, laparotomie en circonscrivant la fistule gastrique opératoire ; l'estomac est entièrement libéré ; il est fixé seulement par des adhérences très lâches de la petite courbure, reposant sur une cicatrice étoilée très vaste de celle-ci et de la face antérieure de l'estomac. On fait une gastro-entérostomie à trois plans à la suture, aussi haute que possible sur l'estomac, et on oblitère la petite brèche pylorique par une suture à deux plans.

Suites d'abord très simples, pendant les cinq premiers jours. Ascension thermique très brusque, avec point de côté à droite. Apparition de signes pulmonaires incontestables. La malade meurt le 2 janvier de broncho-pneumonie.

Vérification faite par le Docteur Tavernier. Il existe des lésions diffuses de broncho-pneumonie bilatérales. Par contre, le péritoine est sain ; les sutures opératoires sont en parfait état. On constate qu'il existe encore une biloculation cicatricielle assez nette, sans sténose médio-gastrique serrée et que la gastro-entérostomie a porté au sommet de la poche inférieure.

OBSERVATION XI

(Docteur MULLER)

M.. A., 58 ans, métallurgiste. Entre dans le service du Docteur Muller le 26 octobre 1924, car il vomit tous ses aliments.

Rien à signaler dans ses antécédents. La maladie actuelle a débuté il y a deux ans et demi, au mois d'avril 1921. Le malade se plaignait, à ce moment, d'avoir des digestions pénibles et des nausées environ deux heures après les repas. Deux mois après, en juin 1921, apparition de vomissements vers une heure du matin et quatre heures de l'après-midi. Ces vomissements soulageaient le malade. Cette affection a évolué par crises, qui laissaient au malade des périodes d'accalmie complète. Au mois de mai 1923, crise plus aiguë, avec vomissements et douleurs vives, qui fut calmée par un traitement médical. Mais depuis le 20 juin, ces troubles ont augmenté et ont décidé le malade à entrer dans le service du Docteur Descos, au mois de juillet.

A ce moment, amaigrissement considérable. Depuis deux ans, il aurait perdu 20 kilos. Il présentait des crises douloureuses quotidiennes deux heures après les repas. La douleur débutait au creux épigastrique, transfixive, irradiée vers l'épaule gauche, et était soulagée par les vomissements. La palpation de l'épigastre montrait un point douloureux avec défense de la paroi.

Après avoir passé un mois à l'hôpital, le malade sort et ne revient qu'un an après pour hématemèse abondante. Il raconte qu'après sa sortie, en août 1923, son état a été très satisfaisant pendant un mois, puis il a eu trois hématemèses légères jusqu'en juin 1924.

Au mois d'octobre, il entre dans le service du Docteur Muller, à cause de ses vomissements.

Le 31 octobre, INTERVENTION (Docteur Isnardi). Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale. On a sous la main une tumeur grosse comme une petite mandarine, siégeant sur la petite courbure, près du cardia, donnant à l'estomac une ébauche de biloculation. Etant donné la hauteur de cette tumeur, l'impossibilité de l'extérioriser, et le peu de profit pour ce malade d'une gastro-entérostomie, on

se borne à une gastrostomie pré-pylorique à la Fontan, avec une sonde intra-duodénale.

Le 9 janvier 1925, le malade donne de ses nouvelles; Il continue à se nourrir par la sonde, en prenant cependant quelques aliments par la bouche, légumes, viandes blanches, mais pas de pain. Ces aliments ne provoquent aucune douleur. Depuis l'opération, le malade n'a pas souffert de l'estomac, n'a pas eu d'hématémèse. Il a bon appétit, a un peu engraisé, mais n'a pas repris son travail.

Le 23 janvier, le malade vient se montrer. Il a une mine excellente, a engraisé de trois kilos.

Le 15 mars, le malade entre dans le service pour faire fermer l'orifice de gastrostomie. Son état général est excellent et les douleurs gastriques n'ont pas reparu.

OBSERVATION XII

C... G., 49 ans. Malade ayant un passé gastrique datant de dix ans : douleurs gastriques peu marquées, survenant une heure ou deux après les repas, ne s'accompagnant jamais de vomissement. Mais, depuis février 1924, apparition de douleurs plus nettes, deux heures après l'ingestion alimentaire, durant deux heures, à siège épigastrique et à irradiations dorsales.

Perte des forces et amaigrissement important (dix kilos), sans anorexie ni dégoût électif.

Au mois d'avril, radioscopie : petit estomac tonique, se contractant bien, sans retard d'évacuation, sans spasme, ni apparence de sténose.

En août, apparition de vomissements aqueux et parfois alimentaires, survenant une heure ou deux après les repas, précédés de pesanteurs gastriques très pénibles. Peu à peu, ces vomissements devinrent quotidiens. Le 23 octobre, radioscopie : dilatation du segment inférieur cardiaque de l'œsophage avec stase œsophagienne. Estomac biloculaire avec petite poche supérieure rapidement remplie. Région médio-gastrique présentant d'abord une région de spasme

localisé, puis une sténose serrée et étendue, occupant une bonne portion de la partie verticale. Cette région n'est plus représentée que par un conduit régulier admettant à peine un goutte à goutte. La poche inférieure représente la grande courbure, l'antrum et la zone pylorique mobile, animée de contractions, indolore, s'évacuant normalement.

A l'examen, aucun point douloureux abdominal ; on ne perçoit aucune tumeur.

Depuis huit jours, le malade vomit au cours de son repas ou cinq minutes après.

INTERVENTIN le 31 octobre 1924. Laparotomie sus-ombilicale médiane. Il s'agit d'un ulcus ou ulcéro-cancer situé immédiatement au-dessous du cardia, des dimensions d'une pièce de cinq francs, très adhérente en arrière. L'exérèse est impossible. D'autre part, il existe un ulcère cicatriciel juxta-pylorique. Gastrostomie à la Fontan, avec sonde dans le bout duodénal.

OBSERVATION XIII

(Docteur MULLER)

B... V..., 41 ans. Malade envoyé dans le service du Docteur Muler pour ulcus gastrique. Rien à signaler dans ses antécédents. A commencé à souffrir de l'estomac en avril 1915. Douleurs après les repas, durant 4 à 5 heures, et se terminant généralement par un vomissement aqueux. Le malade n'accuse pas d'amaigrissement. Cet état a duré deux ans environ, puis survint une accalmie qui persista pendant un an.

En 1921. nouvelle crise plus violente. Douleurs vives après les repas, vomissements à type tardif calmant les douleurs. Puis, amélioration, qui persista jusqu'en octobre 1923. A cette époque, réapparition des phénomènes douloureux. L'appétit est conservé, mais le malade réduit son alimentation, pour ne pas souffrir. A ce moment, séjour dans le service du Docteur Bérard, qui avait noté : « Le malade présente un syndrome d'ulcus gastrique à symptomatologie purement subjective. Il a eu des symptômes d'ordre bacillaire,

fistule anale en 1915, bronchite, mais n'a actuellement aucun signe de ce côté. Par ailleurs, il raconte qu'en 1914, il a sur la verge des lésions dont on voit encore la cicatrice sans accidents secondaires ». Réaction de Wassermann positive.

Radioscopie le 19 décembre 1923.

Estomac très dilaté, plongeant dans la fosse iliaque gauche. Mobilité très diminuée, surtout au niveau de la région pylorique. Péristaltisme énergique. Point douloureux nettement localisé au pylore. Pas de diverticule visible, pas de stase.

Le 6 janvier 1925 : INTERVENTION (Docteur Isnardi). Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Estomac très distendu, rouge au niveau de la petite courbure et de la région pylorique. Au niveau de la petite courbure et assez loin du cardia, on trouve une induration en selle prédominant à la face antérieure ; cette induration, large comme une pièce de deux francs, sert de base à une masse grosse comme une châtaigne, que l'on perçoit par le palper à travers les parois gastriques. Le pylore est souple. Etant donné la hauteur de l'ulcus, on fait une gastrostomie prépylorique. On a pensé qu'il s'agissait d'un ulcus, à cause du passé de ce malade et de l'absence de généralisation et de ganglions. Macroscopiquement, il s'agissait d'un ulcus.

Le 26 janvier 1925, c'est-à-dire 20 jours après l'intervention, le malade meurt, sans avoir présenté de phénomènes thermiques spéciaux, la température oscillant entre 37° et 37°5 sans phénomènes infectieux péritonéaux. Il se plaignait seulement de quelques douleurs hypogastriques très supportables d'ailleurs. L'examen pulmonaire et cardiaque fut négatif.

Vérification : A l'ouverture de l'abdomen, présence d'un liquide louche abondant dans le petit bassin et dans les gouttières pariéto-coliques. Les anses intestinales paraissent lavées, et on ne note aucune trace de cloisonnement péritonéal. Au niveau de l'estomac, rien à signaler du côté de la gastrostomie ; la petite courbure est adhérente dans presque toute sa longueur et à la face inférieure du foie. Prés

du pylore, à cheval sur la petite courbure, on retrouve l'ulcère. A ce niveau, sur la face antérieure de l'estomac, on trouve une perforation taillée à pic sans couverture épiploïque. Sur la face postérieure de la tumeur, on note une deuxième perforation nettement isolée par des adhérences. Rien à signaler à l'examen des autres organes.

CONCLUSIONS

I. — Lorsque le traitement médical est resté inopérant, il est indiqué d'agir chirurgicalement sur un ulcère gastrique.

II. — Lorsque l'exérèse est impossible en raison de la situation de l'ulcus sur la petite courbure ou près du cardia, il faut se borner à mettre l'estomac au repos.

III. — Pour cela, le mieux est de faire une gastrostomie prépylorique.

IV. — Celle-ci est toujours possible, car il y a toujours sur l'estomac une portion libre où on pourra la faire, sauf dans le cas d'un ulcère pylorique associé.

V. — La sonde duodénale est bien supportée, et n'entraîne jamais de reflux.

VI. — L'alimentation se fera, comme dans une gastrostomie ordinaire, par petits repas répétés.

VII. — Cliniquement, la gastrostomie ainsi faite, supprime les hémorragies, les vomissements, les douleurs, et amène une augmentation de poids rapide, avec amélioration considérable de l'état général.

VIII. — Dans deux cas on a pu vérifier, au cours d'une seconde intervention, ou post-mortem, la libération péritonéale intégrale et la cicatrisation de l'ulcère.

IX. — Consécutivement à la gastrostomie prépylorique, on observe une continence parfaite et une guérison presque toujours spontanée de la fistule gastrique.

X. — La gastrostomie ainsi faite peut n'être, pour les ulcères de la petite courbure, que le premier temps d'une gastro-entérostomie, qui palliera aux déformations cicatricielles de l'estomac, et donnera une sécurité plus grande pour l'avenir.

XI. — Mais elle peut être aussi une méthode de traitement radical, suffisant à elle seule à assurer la guérison de l'ulcère gastrique.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BÉRARD

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 3 Avril 1925
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

DELORE et LERICHE. — La pylorostomie. (*Lyon Médical*, 1906.)

MÉNARD. — De la gastrostomie. (*Thèse de Paris*, 1912.)

HARTMANN et LECÈNE. — Traitement des ulcères de la petite courbure de l'estomac. (*Rapport au Congrès de Chirurgie de New-York*, de 1914.)

MULLER. — Traitement de l'ulcère gastrique par la thermocautérisation intra-gastrique et l'enfouissement de l'ulcère par autoplastie muqueuse.

GUÉRIN. — Les ulcères juxta-cardiaques de l'estomac. (*Thèse de Lyon*, 1920.)

SANTY. — La gastrostomie pré-pylorique pour ulcère de la petite courbure. (*Lyon Chirurgical*, 1922, p. 93.)

MULLER. — Gastrostomie pré-pylorique pour ulcère juxta-cardiaque.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Historique	11
Indications de la gastrostomie	13
Légitimité de la gastrostomie pré-pylorique. . .	19
Technique de la gastrostomie pré-pylorique. . .	21
Résultats de la gastrostomie	29
La gastrostomie pré-pylorique est-elle une méthode radicale ?	37
Observations	39
Conclusions	55
Bibliographie.	57
